

Estudio exploratorio mediante una “Encuesta a médicos de AP y otros profesionales sanitarios para describir las frecuencias en sus estimaciones del beneficio de 8 intervenciones habituales en Atención Primaria con evidencias provenientes de estudios de validez moderada-alta y ampliamente conocidas”.

Mónica Rejas Bueno¹, Asunción Bacaicoa López de Sabando², Galo A Sánchez Robles³. Web evalmed.es, 20-oct-2020. Disponible en: <http://evalmed.es/2020/10/20/encuesta-a-medicos-y-otros-profesionales-de-ap-sobre-su-estimacion-del-beneficio-en-8-intervenciones-de-prevencion-primaria/>

INTRODUCCIÓN

Un numeroso cuerpo de evidencias muestra que los usuarios sanos y enfermos sobreestiman los beneficios y subestiman los daños de los tratamientos con fármacos, las pruebas de imagen y los cribados poblacionales (1-6). Pero también les sucede a médicos especialistas, generalistas y residentes en formación (7-13), medios de comunicación de masas (14,15), centros benéficos contra el cáncer y otras organizaciones de defensa de pacientes (16-18), y Administraciones Sanitarias y Organizaciones con fondos públicos (19-22). *La ilusión de la verdad* (23) hace referencia a la propensión a creer más en algo que nos resulta familiar y coincide con las experiencias vividas, en gran parte como resultado directo de la memoria implícita, un tipo de memoria que utiliza las experiencias previas para la ejecución de tareas.

En el tema que nos ocupa, varias manifestaciones de la ilusión de la verdad pueden concretarse en la creencia subjetiva de que: **a)** un tratamiento es más eficaz y seguro de lo que demuestran las pruebas (*ilusión terapéutica*) (24,25); **b)** una intervención actúa en la incidencia de un evento que en realidad es contingente (*ilusión del control*) (25); **c)** una intervención diagnóstica o pronóstica tiene un alto valor para predecir un resultado favorable, cuando éste en realidad puede expresarse por el azar (*ilusión de la validez*) (26); o **d)** realizar una intervención, sin haber deliberado previamente sobre cuál es el mejor método para lograr nuestro propósito clínico, alcanzará el propósito (*ilusión teleológica*) (27).

Si un ser humano consigue sobrevivir alejado de la verdad materialmente objetiva, es poco probable que haga un gran esfuerzo en buscarla. Además, las expectativas poco realistas no sólo sobreviven en la desinformación, sino que también sirven a otros propósitos, como satisfacer las necesidades psicológicas de esperanza y la sensación de seguridad de pacientes y sanitarios. Pero la satisfacción del paciente no es necesariamente un indicador fiable, pues, por ejemplo, en un estudio prospectivo con una muestra nacional de Estados Unidos, seguida 3,9 años, el cuartil de mayor satisfacción del paciente se asoció con menos visitas al departamento de urgencias del hospital, pero con mayor hospitalización, más gastos en farmacia y más mortalidad (31).

Las falsas expectativas perjudican así de muchas formas los costes de oportunidad, contribuyendo a la crisis de la atención a la salud (28), y causan efectos adversos por el sobrediagnóstico y sobretratamiento (29), así como una medicalización de la vida cotidiana que dificulta el desarrollo de las capacidades humanas en situación de crisis (30).

Nosotros hemos diseñado y desarrollado el presente estudio exploratorio para conocer las frecuencias en las expectativas (*prolepsis*) que expresan los profesionales sanitarios sobre el beneficio de varias intervenciones de prevención primaria, realizadas de forma habitual en las consultas de Atención Primaria, dado que esas expectativas son un componente importante para explicar sus conductas.

¹ R-4 de Medicina de Familia, Centro de Salud Zona Norte de Cáceres

² Médico de Familia y tutora, Centro de Salud Zona Norte de Cáceres

³ Oficina de Evaluación de Medicamentos del Servicio Extremeño de Salud

OBJETIVO

Describir, en una muestra de médicos de atención primaria y otros profesionales sanitarios, las frecuencias en sus estimaciones del beneficio de 8 intervenciones habituales en Atención Primaria con evidencias provenientes de estudios de validez moderada-alta y ampliamente conocidas.

DISEÑO, POBLACIÓN, ÁMBITO, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo mediante una encuesta de una muestra no probabilística discrecional y de participación voluntaria de médicos de atención primaria y otros profesionales sanitarios. Para ello la investigadora principal solicitó la participación anónima por dos vías: **1)** a través de correo electrónico y/o WhatsApp; y **2)** a través del coordinador o responsable de la unidad, al cual había escrito con anterioridad para exponerle verbalmente el contenido de la solicitud que iría posteriormente dirigida a cada participante anónimo de su centro de trabajo. El contenido de la solicitud es el mismo para ambas vías, y se muestra en el **cuadro 1**, y el de la encuesta se muestra en el **cuadro 2**.

En la primera vía, quien acepte, accederá a una Encuesta web, que se contesta en un aplicativo informático específico para un sitio web (Google Drive), en el que se registran anónimamente las respuestas de los respondedores.

En la segunda vía, para garantizar el anonimato, las solicitudes de participación se enviaron por correo ordinario a cada centro de salud o unidad en un paquete que contenía las encuestas en papel y unos sobres, que llevaban impresa la dirección de la Unidad de Formación, para facilitar que cada participante introduzca su encuesta una vez contestada en el sobre, lo cerrase con el adhesivo, y lo entregara para se remitiera oportunamente. Este procedimiento garantiza el pretendido anonimato.

La investigadora principal repitió el procedimiento hasta alcanzar al menos 96 encuestas válidas de médicos de atención primaria en ejercicio, tal como se justifica más abajo.

MEDIDAS DE RESULTADOS

Nuestros estadísticos con fines descriptivos de los datos son la frecuencia absoluta, frecuencia relativa (con expresión del número de sujetos con evento en el numerador y número de sujetos en riesgo en el denominador, seguido del porcentaje entre paréntesis) y diferencia y cociente entre frecuencias relativas. No hemos calculado los intervalos de confianza porque, debido al muestreo no probabilístico discrecional de nuestro diseño, estos estadísticos no pueden considerarse estimadores de parámetros de las poblaciones de las categorías de profesionales sanitarios que voluntaria y anónimamente han participado.

Las frecuencias y porcentajes de las respuestas las hemos situado en las casillas correspondientes a los intervalos de beneficio de la tabla que sirve como plantilla para la encuesta, la cual incorpora también los beneficios promedios respaldados por las evidencias aportadas (**32-38**), que se muestran en el **cuadro 3**.

Para la recogida de datos, y los cálculos de las frecuencias, porcentajes, diferencias y cocientes hemos utilizado la hoja de cálculo Excel® (Excel for Windows, Illinois, USA).

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA PARA EL ANÁLISIS Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Si, con un nivel de confianza del 95%, asumimos como relevante una proporción del 10% en adelante en la SOBReestimación, entonces se necesita una muestra mínima de 96 participantes con encuestas válidas, que cubrirían desde la proporción mínimamente relevante 20% (IC 95%,

10% a 30%), pasando por la proporción que más muestra necesita estadísticamente, 50% (IC 95%, 40% a 60%).

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA PARA UNA PROPORCIÓN CON SU INTERVALO DE DE CONFIANZA			
Proporción	50,00%	1-proporción	0,50
E _{max} = LS del IC	10,00%		
Para un error alfa	5% => Z $\alpha/2$ =		1,960
n =	96		

RESULTADOS

Enviamos solicitudes a los potenciales participantes en las fechas 6 febrero al 5 de mayo de 2020. Conseguimos 701 respondedores válidos para una o más preguntas, de los cuales 471 son mujeres (67%) y 230 varones (33%). En la siguiente tabla se muestran sus características profesionales:

		Desempeño profesional				Total
		En ejercicio Sí-tutor	En ejercicio NO-tutor	Residente	Desconocido	
Profesión sanitaria	Medicina	190	172	153	8	523
	Enfermería	27	95	31	8	161
	Farmacia		6			6
	Otros		9		2	11
	Total	217	282	184	18	701

Número de participantes por Comunidades Autónomas					
Andalucía	47	Cast-León	31	Baleares	1
Aragón	23	Cataluña	91	Madrid	16
Asturias	65	Ceuta	1	Navarra	1
Canarias	51	Valenciana	52	Pais Vasco	37
Cantabria	44	Extremadura	181	Desconocido	14
Cast-Mancha	44	Galicia	2		

Los resultados de las frecuencias y porcentajes de las respuestas de la cohorte completa, de su distribución por subgrupos de entidades profesionales, y de las relaciones entre los subgrupos, se muestran detalladamente por tablas y gráficos en los **Suplementos 1, 2 y 3**, de los que a continuación se muestra un resumen con la síntesis de las descripciones y comparaciones.

Cohorte completa

Las frecuencias y porcentajes de respuestas de la cohorte completa se muestran en la **Tabla 1**. Las cuadrículas sobre fondo verde claro son las que corresponden a los beneficios promedios respaldados por las evidencias aportadas. Puede observarse que cuatro de las intervenciones benefician poblacionalmente a 0 de cada 100 tratados, tres intervenciones entre 0 a 1 de cada 100, y una intervención entre 1 a 5 de cada 100 tratados. De los 698 participantes con respuestas válidas, han contestado dentro de estas casillas entre el 1,7% y el 10,1%. El resto de contestaciones se ha distribuido entre la máxima cercanía (casilla colindante) y el máximo de lejanía (casilla de beneficio a 40 de cada 100).

Por subgrupos de entidades profesionales

Para poder apreciar la magnitud de los porcentajes y relacionarlos numérica y visualmente, mostramos en gráficos de barras los resultados desagrupados en 6 subgrupos, que enfrentamos así: **a) Subgrupo Médicos tutores, no tutores y residentes MIR**, en los **Gráficos 1a-8a**; y **b) Subgrupo de Enfermeros/as tutores, no tutores y residentes EIR**, en los **Gráficos 1b-8b**.

Estimación del grado de alejamiento respecto a las evidencias de beneficio

Dado que alejarse del beneficio respaldado por las evidencias en 5 de cada 100 pacientes tratados tiene un significado práctico (relevancia clínica) distinto que alejarse en 50 de cada 100, hemos calculado en cada subgrupo una ratio para estimar el grado de alejamiento de la expectativa de beneficio respecto al beneficio respaldado por la evidencia. En cada pregunta, para cada opción alejada, se calcula como el área de un rectángulo, cuya horizontal es la diferencia entre el beneficio

respaldado y la expectativa de beneficio, y cuya vertical es el porcentaje de respondedores. El área del alejamiento ponderado en cada pregunta es la suma de las áreas obtenidas de los 7 rectángulos alejados, y el resultado será peor cuanto más grande sea la suma de las áreas resultante.

El área de acierto también es la de un rectángulo, cuya horizontal es el 100% de acierto, y cuya vertical es el porcentaje de respondedores.

La ratio entre el área de alejamiento (numerador) y el área de acierto (denominador) es comparable entre todos los subgrupos. Y para poder apreciar las relaciones entre estas áreas, mostramos las medias de las ocho preguntas de los tres Subgrupos de Médicos (tutores, no tutores y residentes) y tres Subgrupos de Enfermeros/as (tutores, no tutores y residentes) en el **Gráfico 2**, en el cual representamos hacia arriba de la horizontal la unidad del área de acierto con fondo de color verde, con un 1 positivo también de color verde. Debajo de la horizontal representamos las unidades de área de alejamiento con fondo de color rojo, con el número negativo de color rojo que corresponde a las unidades de alejamiento por cada unidad de acierto. A igual unidad de área de acierto encima de la horizontal, cuanto mayor sea el área roja debajo de la horizontal peor es el resultado.

El orden de la ratio de alejamiento por numeración de las 8 intervenciones lo mostramos en el **Gráfico 3**.

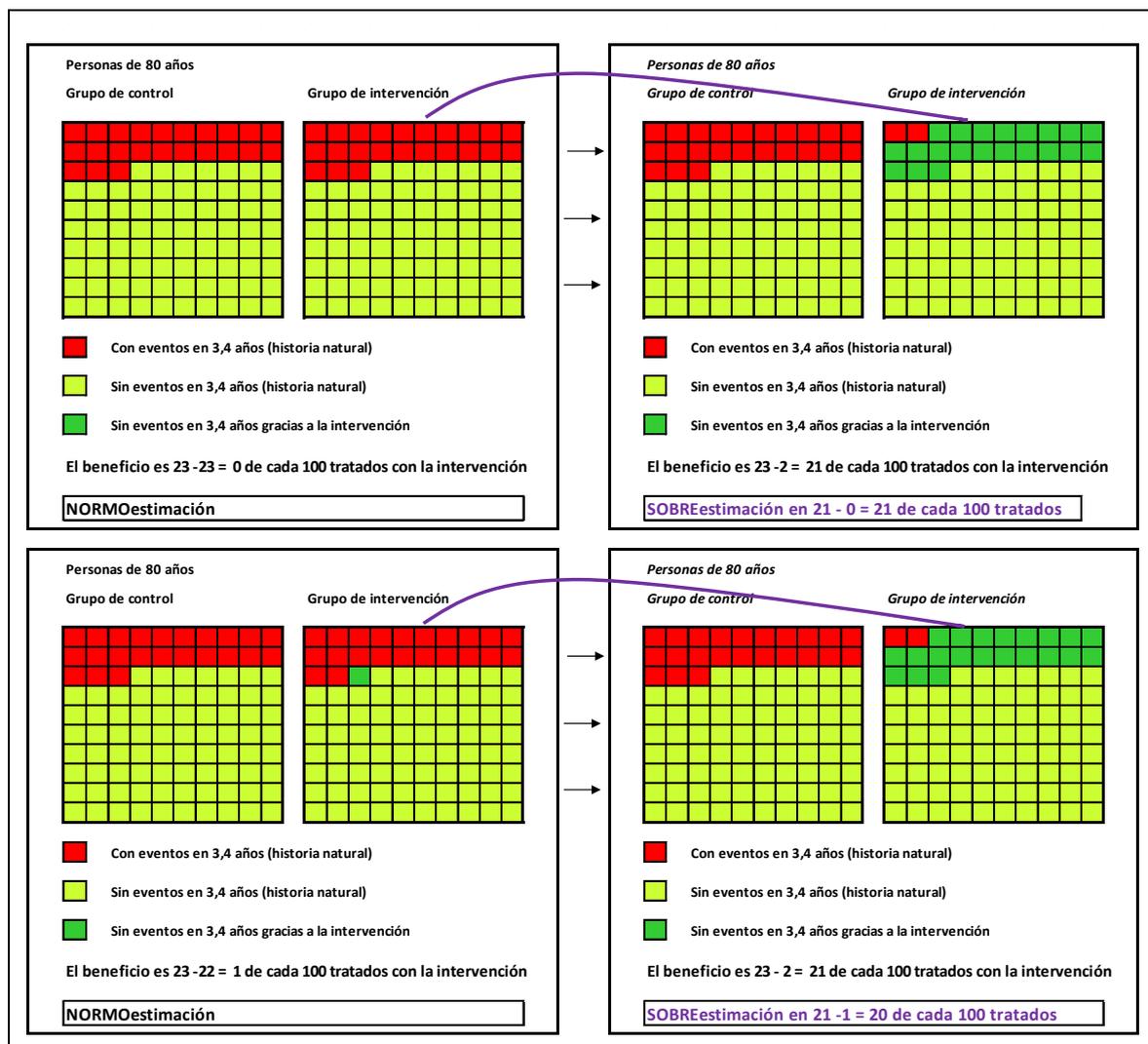
DISCUSIÓN

El mejor resultado ponderado lo obtiene el Subgrupo de 191 Médicos tutores. Sin embargo, este resultado muestra una elevada SOBReestimación de la expectativa de beneficio respecto al beneficio respaldado por las evidencias aportadas, pues un promedio de 12% de los participantes NORMOestimó el beneficio coincidiendo con la evidencia, y el 86% se aleja por la derecha SOBReestimando, y el 2% se aleja por la izquierda SUBestimando.

Para estimar el grado de alejamiento, nosotros hemos aplicado una penalización directamente proporcional al porcentaje de distancia entre la expectativa de beneficio y el beneficio respaldado por las evidencias aportadas, como el área de un rectángulo. Si el 86% (vertical del rectángulo) se hubiera distanciado del acierto en 5 de cada 100 (horizontal del rectángulo), habríamos obtenido una ponderación de alejamiento de $86\% \times 5 = 4,3$ (que es el área del rectángulo), y si se hubiera distanciado del acierto en 50 de cada 100, habría sido de $86\% \times 50 = 43$ (que es el área del rectángulo). Pero la ponderación obtenida ha sido 18,1, que equivaldría a que **el 86% del Subgrupo de 191 Médicos tutores SOBReestima** la expectativa de beneficio en $18,1 / 0,86 = 21$ de cada 100 tratados. De la misma manera, **el 89% del Subgrupo de 172 Médicos no tutores (no MIR) SOBReestima** la expectativa de beneficio en 23 de cada 100 tratados. Y **el 90% del Subgrupo de 153 Médicos Residentes MIR SOBReestima** la expectativa de beneficio en 23 de cada 100 tratados.

Para que se entienda esta forma de expresarlo, pongamos un ejemplo simulado. El beneficio de una intervención durante 3,4 años para evitar eventos en personas de 80 años, en lugar de tomar placebo, es "0 de cada 100", porque la diferencia entre los 23 eventos de cada 100 tratados con la intervención y los 23 de cada 100 tratados con placebo es "0". En el Subgrupo de Médicos tutores ha habido un 12% de ellos que contesta "0 de cada 100", por lo decimos que el 12% NORMOestima este beneficio. El 88% restante estima que es mayor, porque contesta desde la casilla beneficia a "0-1 de cada 100 tratados" hasta la casilla beneficia a "40-100 de cada 100 tratados", razón por la cual decimos que SOBReestima este beneficio. Y nosotros hemos calculado el promedio de la SOBReestimación, que ha resultado ser "21 de cada 100 tratados". Colegimos que el 88% del Subgrupo de Médicos tutores SOBReestima la expectativa de beneficio en "21 de cada 100", porque supone "21" más que el "0" respaldado por las evidencias aportadas.

Si la intervención hubiera tenido un beneficio NORMOestimado de "1 de cada 100", y el 88% hubiera contestado "21 de cada 100", entonces diríamos que la SOBReestimación es de $21 - 1 = 20$. Es decir, SOBReestima la expectativa de beneficio en "21-1 = 20 de cada 100 tratados".



En cuanto a los/as enfermeros/as, el **90% del Subgrupo de 27 Enfermeros/as tutores** SOBReestima la expectativa de beneficio en 33 de cada 100 tratados; el **96% del Subgrupo de 96 Enfermeros/as no tutores** SOBReestima la expectativa de beneficio en 35 de cada 100 tratados; y el **94% del Subgrupo de 31 Enfermeros/as Residentes EIR** SOBReestima la expectativa de beneficio en 36 de cada 100 tratados. Todos estos cálculos se muestran en el **suplemento 3**.

La NORMOestimación del beneficio en las 8 intervenciones se alcanzó por el 8%-12% de los médicos, y el 4%-9% de los/as enfermeros/as.

La ilusión terapéutica es un rasgo latente y variable de los profesionales sanitarios, cuya magnitud no puede medirse directamente. Nuestros cálculos de SOBReestimación constituyen un procedimiento psicométrico sencillo de medición indirecta. Y sobre esta base, los resultados nos indican que la ilusión terapéutica en estas 8 intervenciones es elevada.

Excede del objetivo y los medios de nuestro estudio hacer una deliberación rigurosa sobre las causas (aguas arriba) y los efectos (aguas abajo) de la ilusión terapéutica. Sin embargo, no podemos dejar pasar la ocasión de hacer un poco de filósofos espontáneos diciendo que las causas pasan por un déficit sistemático en la docencia y formación teórica y práctica de los profesionales sobre los resultados en salud de las intervenciones sanitarias. La formación pregrado y postgrado puede ser y es abundante, pero en su mayoría se considera realizada un paso antes de su culminación, y por eso muchos profesionales ignoran que lo ignoran (meta-ignorancia) (39,40). En cuanto a los efectos de la ilusión terapéutica, sólo mencionamos su potencial transformación en conductas de sobre-utilización, cuyo campo material se asocia con más efectos adversos y más

costes evitables. Cualquier plan de reformas de la Atención Primaria, que no comience por esta formación teórico-práctica, arrastrará la SOBReestimación meta-ignorada en todas sus trayectorias.

Entre las varias limitaciones de nuestro trabajo están el que es un estudio descriptivo exploratorio, y que se ha llevado a cabo con una muestra no probabilística discrecional. Las reflexiones que articulamos en esta discusión pueden no ser extrapolables a poblaciones no representadas por la muestra de encuestados.

Términos claves: sobreestimación, normoestimación, sobreutilización, ilusión de la verdad, ilusión terapéutica, ilusión de control, ilusión de la validez, ilusión teleológica.

ASPECTOS ÉTICOS

1º Conflictos de intereses: Según el Formulario del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para la declaración de potenciales conflictos de intereses (<http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>), los autores declaran no tener conflictos de intereses económicos y no económicos. Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores, por lo que no reflejan necesariamente el punto de vista de los organismos en los que trabajan.

2º Financiación: Ninguna financiación a los autores y participantes ajena a sus salarios del Servicio Extremeño de Salud.

3º Consentimiento informado: Al tratarse de un estudio transversal mediante las respuestas de participantes anónimos sobre su grado de conocimiento del beneficio probado de intervenciones habituales en atención primaria, que pretenden ser reunidos y analizados en conjunto, interpretamos que no es necesario *consentimiento informado* ni el dictamen del CEIm de la Provincia de Cáceres sobre el resto de aspectos éticos. Pero los investigadores nos adherimos a la conveniencia de comunicárselo para su supervisión de los aspectos metodológicos, así como los de coste de oportunidad, y así lo hicimos una comunicación el 19-feb-2020, con el diseño del proyecto, añadiendo el plan de actuaciones y el calendario previsto para el estudio, que fue contestada favorablemente el 4-mar-2020.

REFERENCIAS

1. Lytsy P, Westerling R. Patient expectations on lipid-lowering drugs. *Patient Educ Couns.* 2007 Jul;67(1-2):143-150.
2. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *J Natl Cancer Inst.* 2009 Sep 2;101(17):1216-20.
3. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med.* 2012 Oct 25;377(17):1616-25.
4. Hudson B, Zarifeh A, Young L, Wells JE. Patients' expectations of screening and preventive treatments. *Ann Fam Med.* 2012 Nov;10(6):495-502.
5. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: A systematic review. *JAMA Intern Med.* 2015 Feb;175(2):274-86.
6. Woolf SH. The price of false beliefs: unrealistic expectations as a contributor to the health care crisis. *Ann Fam Med.* 2012 Nov;10(6):491-4.
7. Ilic D, Murphy K, Green S. What do general practitioners think and do about prostate cancer screening in Australia? *Aust Fam Physician.* 2013 Dec;42(12):904-8.
8. Wang MTM, Gamble G, Grey A. Responses of specialist societies to evidence for reversal of practice. *JAMA Intern Med.* 2015 May;175(5):845-8.
9. Doust J, Del Mar C. Why do doctors use treatments that do not work? *BMJ.* 2004 Feb28;328(7438):474-5.
10. Sapre N, Mann S, Elley CR. Doctors' perceptions of the prognostic benefit of statins in patients who have had myocardial infarction. *Intern Med J.* 2009 May;39(5):277-82.
11. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med.* 2012 Mar 6;156(5):340-9.

12. Krouss M, Croft L, Morgan DJ. Physician Understanding and Ability to Communicate Harms and Benefits of Common Medical Treatments. *JAMA Intern Med.* 2016 Oct 1;176(10):1565-1567.
13. Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests: A Systematic Review. *JAMA Intern Med.* 2017 Mar 1;177(3):407-419.
14. Moynihan R, Bero L, Ross-Degnan D, Henry D, Lee K, Watkins J, Mah C, Soumerai SB. Coverage by the news media of the benefits and risks of medications. *N Engl J Med.* 2000 Jun 1;342(22):1645-50.
15. Cassels A, Hughes MA, Cole C, Mintzes B, Lexchin J, McCormack JP. Drugs in the news: an analysis of Canadian newspaper coverage of new prescription drugs. *CMAJ.* 2003 Apr 29;168(9):1133-7.
16. Vater LB, Donohue JM, Arnold R, White DB, Chu E, Schenker Y. What are cancer centers advertising to the public?: a content analysis. *Ann Intern Med.* 2014 Jun 17;160(12):813-20.
17. Jovanovic M. Creating the 'dis-ease' of high cholesterol: A sociology of diagnosis reception analysis. *Soc Sci Med.* 2014 Jan;101:120-8.
18. Woloshin S, Schwartz LM. How a charity oversells mammography. *BMJ* 2012 Aug 2;345:e5132.
19. Jørgensen KJ, Gotzsche PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *BMJ.* 2004 Jan 17;328(7432):148.
20. Jørgensen KJ, Gotzsche PC. Content of invitations for publicly funded screening mammography. *BMJ.* 2006 Mar 4;332(7540):538-41.
21. Jorgensen KJ, Gotzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ.* 2009 Jul 9;339:b2587.
22. Wegwarth O, Gigerenzer G. Overdiagnosis and overtreatment: evaluation of what physicians tell their patients about screening harms. *JAMA Intern Med.* 2013 Dec 9-23;173(22):2086-7.
23. Zigmunt Bauman. Mortalidad, inmortalidad y otras estrategias de vida (del original: Mortality, immortality and other life strategies, 1992). Traducción de Javier Eraso Ceballos. Ed Sequitur. 2014. Madrid. Cap 4: La modernidad o deconstruyendo la muerte. p. 179-216.
24. Thomas KB. The consultation and the therapeutic illusion. *Br Med J.* 1978 May 20;1(6123):1327-8.
25. Casarett D. The Science of Choosing Wisely--Overcoming the Therapeutic Illusion. *N Engl J Med.* 2016 Mar 31;374(13):1203-5.
26. Kahneman D. Pensar rápido, pensar despacio (Del original: Thinking, fast and slow, 2011). Joaquín Chamorro Mielke (trad.). Barcelona. Ed Debate. 2012. Cap 20: La ilusión de la validez. p. 274-90.
27. Sánchez-Robles GA. La ilusión teleológica: una manifestación más del pensamiento ilusorio. Web evalmed.es; 10-sep-2019. Disponible en: <http://evalmed.es/2019/09/10/la-ilusion-teleologica/>
28. Woolf SH. The price of false beliefs: unrealistic expectations as a contributor to the health care crisis. *Ann Fam Med.* 2012 Nov;10(6):491-4.
29. Korenstein D, Chimonas S, Barrow B, Keyhani S, Troy A, Lipitz-Snyderman A. Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests and Treatments. *JAMA Intern Med.* 2018 Oct 1;178(10):1401-7.
30. Wardrope A. Medicalization and epistemic injustice. *Med Health Care Philos.* 2015 Aug;18(3):341-52.
31. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med.* 2012 Mar 12;172(5):405-11.
32. Gotzsche PC, Jorgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 4;6:CD001877.
33. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2007 Jun 19;146(12):857-67.
34. Sánchez-Robles GA, Gutiérrez-Dandridge M, Pérez-Revuelta A, et al. Revisión GRADE de estatinas en población con $\geq 90\%$ en prevención primaria cardiovascular. Sección 2: Variables de beneficio cardiovascular asociadas a estatinas. [Actualizado a 24-ene-2018.] Web evalmed.es 22-feb-2018, Disponible en: <http://evalmed.es/2018/02/22/revgrade-estatinas-en-prevencion-primaria-cv/>
35. Mateo-Cotera A, Sánchez-Robles GA, Montañó-Barrientos A, et al. Revisión GRADE del cribado de Cáncer Colorrectal mediante test bienal de sangre oculta en heces. [Actualizada a 31-Mar-2017]. Web evalmed.es, 26-mayo-2017. Disponible en: <http://evalmed.es/2017/05/26/revision-grade-cribado-ccr-mediante-sangre-oculta-en-heces/>
36. Pérez-Revuelta A, Martín de la Nava MA, Sánchez Robles GA, et al. Revisión GRADE de ensayos clínicos que contienen resultados en salud con vacunas neumocócicas conjugadas frente a un control, administradas a niños menores de 2 años. [Actualizada a Mayo-2016]. Web evalmed.es, 12-nov-2016. Disponible en: <http://evalmed.es/2016/11/12/revision-grade-vacunas-neucomocicas-en-ninos-menores-de-2-anos/>

37. Espinosa-González A, Bacaicoa-López A, Sánchez-Robles GA. Reanálisis GRADE de la Revisión Sistemática de Zhao et al sobre prevención de fracturas con suplementos de Vitamina D con o sin Calcio adicional. Web evalmed.es, 16-jun-2018. Disponible en: <http://evalmed.es/2018/06/16/re analisis-grade-prevencion-de-fracturas-con-vit-d-con-sin-calcio/>
38. Grupo evalmed-GRADE. Estudio retrospectivo sobre bases de datos poblacionales para comparar las hospitalizaciones y defunciones por varicela y herpes zóster: 1) en el período 2005-2013 entre las Comunidades Autónomas que vacunan de varicela a los 15-18 meses y las que vacunan a los 12 años; y 2) en estas Comunidades Autónomas entre los períodos 1999-2004 y 2005-2013. Web evalmed.es, 26-jun-2015. Disponible en: <http://evalmed.es/?s=Herpes>
39. Sánchez-Robles GA, Pérez-Revuelta A, Vera-Romero E. Estudio exploratorio mediante una encuesta a profesionales sanitarios sobre qué expectativa de resultado les genera (mejor, igual o peor) la lectura del resumen de una intervención escolar para prevenir la obesidad infantil frente al consejo escolar habitual, cuyo resultado es desconocido. Web evalmed.es, 17-nov-2018. Disponible en: <http://evalmed.es/2018/11/17/encuesta-a-sanitarios-sobre-su-expectativa-de-un-resultado-en-salud-tras-leer-un-abstract-cuyo-resultado-es-desconocido/>
40. Andreu-Saete C, Sánchez-Robles G. Estudio exploratorio mediante una encuesta a personal sanitario, docente y no sanitario ni docente sobre qué expectativa de resultado les genera (mejor, igual o peor) la lectura del resumen de un programa escolar de educación para la salud para prevenir el embarazo en adolescentes frente al programa escolar habitual, cuyo resultado es desconocido. Web evalmed.es, 22-sep-2019. Disponible en: <http://evalmed.es/2019/09/29/encuesta-sobre-expectativas-de-resultado-que-es-desconocido/>

Cuadro 1: Contenido de la solicitud a cada participante anónimo.

Encuesta sobre estimaciones del beneficio de prácticas habituales en AP.

ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN ANÓNIMA

La participación en esta encuesta es voluntaria y anónima.

Cumplimentar la encuesta solo le llevará unos 10 minutos.

Las respuestas serán confidenciales y no se registrará ninguna información identificativa.

Los resultados del estudio se utilizarán con fines exclusivamente de investigación.

ACEPTACIÓN ELECTRÓNICA

Por favor, selecciona tu elección:

Hacer “click” en “Sí, acepto” indica que:

- Has leído y aceptas la información previa
- Aceptas participar voluntariamente
- Eres profesional sanitario

No quiero participar

Sí, acepto

Al presionar “Sí, acepto”, aparece en pantalla:

¡Hola!

Mi nombre es Mónica Rejas, soy residente de 4º año de MFyC en la Unidad Docente de Cáceres.

Como parte de un trabajo fin de residencia, me gustaría pedir vuestra colaboración para completar una encuesta anónima que os llevará unos 10 minutos, señalando la casilla que contenga vuestras estimaciones del beneficio de 7 intervenciones habituales en Atención Primaria y algunos datos sociodemográficos personales.

[Definimos BENEFICIO a la diferencia entre los eventos de cada 100 personas que NO reciben la intervención respecto a los eventos de cada 100 que SI la reciben.

Por ejemplo, si de cada 100 personas que NO reciben un tratamiento hay 60 que mueren, y de cada 100 que SÍ reciben el tratamiento hay 40 que mueren, el BENEFICIO es $60 - 40 = 20$ personas de cada 100.]

Posteriormente, haremos accesible el resultado del estudio, por si fuera de vuestro interés.

Muchas gracias por vuestra participación⁴

⁴ Cuando la solicitud se hace por correo ordinario, sólo contiene el párrafo en cursiva.

Cuadro 2: Contenido de la encuesta

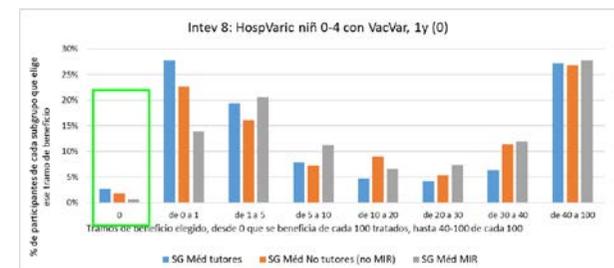
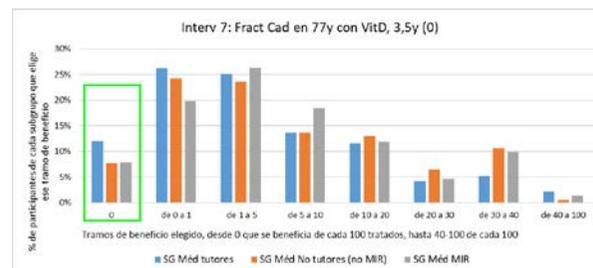
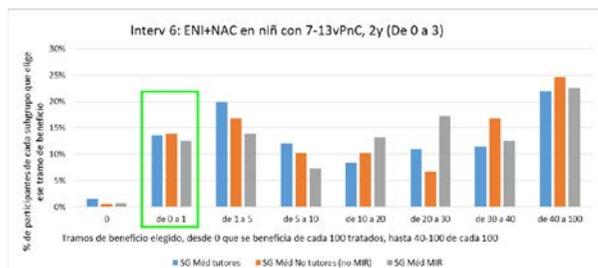
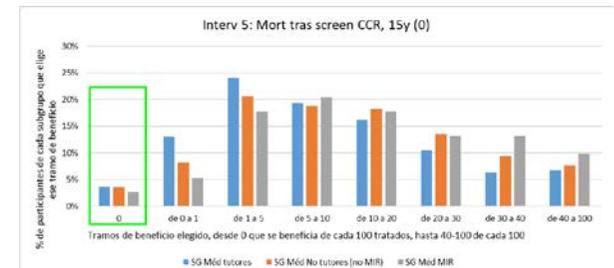
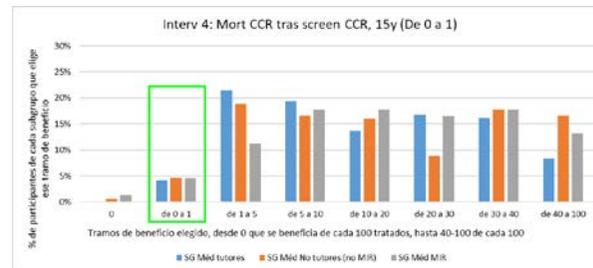
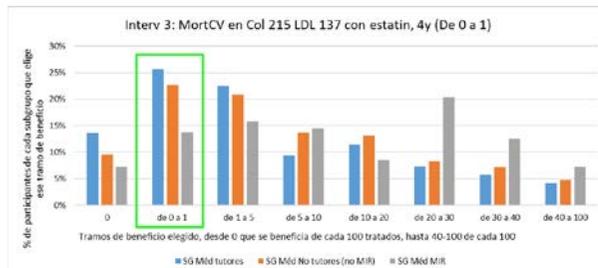
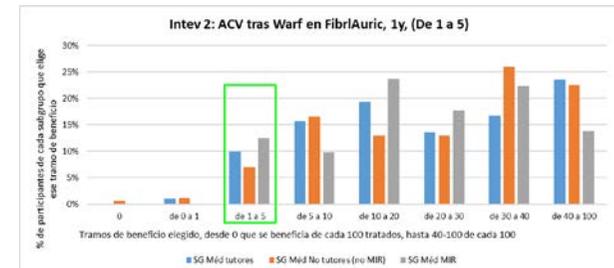
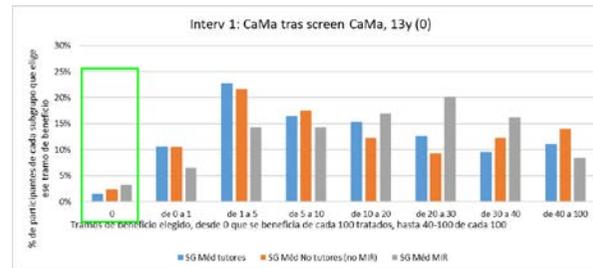
ENCUESTA ANÓNIMA Y VOLUNTARIA								
Definimos BENEFICIO a la diferencia entre los eventos de cada 100 personas que NO reciben la intervención respecto a los eventos de cada 100 que SI la reciben. Por ejemplo, si de cada 100 personas que NO reciben la intervención hay 60 que mueren, y de cada 100 que SI reciben la intervención hay 40 que mueren, el BENEFICIO es 60 – 40 = 20 personas de cada 100.								
Se le pide, por favor, que señale la casilla que contenga la magnitud de BENEFICIO que usted estima en la línea de cada intervención en prevención primaria.								
Intervención	0	de 0 a 1	de 1 a 5	de 5 a 10	de 10 a 20	de 20 a 30	de 30 a 40	de 40 a 100
De cada 100 mujeres de 45 a 59 años que participan en los programa de detección precoz de Cáncer de mama, a cuántas les evitamos una muerte por cualquier causa en 13 años de seguimiento frente a las que no participan en estos programas.								
De cada 100 pacientes con fibrilación auricular no valvular, a cuántos les evitamos un ACV tratándolos 1 año con warfarina en lugar de no tratarlos.								
De cada 100 pacientes con Col total 215 y Col LDL 137 mg/dl, a cuántos les evitamos la Muerte por causa cardiovascular, tratándolos 4 años con estatinas en lugar de no tratarlos.								
De cada 100 personas que participan en los programa de detección precoz de Cáncer colorrectal, a cuántos les evitamos la muerte por cáncer colorrectal en 15 años de seguimiento frente a los que no participan en estos programas.								
De cada 100 personas que participan en los programa de detección precoz de Cáncer colorrectal, a cuántos les evitamos la mortalidad total (por cualquier causa) en 15 años de seguimiento frente a los que no participan en estos programas.								
De cada 100 niños de 0-2 años de edad, a cuántos les evitamos una [Enfermedad neumocócica invasiva o Neumonía] 2 años después de haber recibido las correspondientes dosis de vacuna neumocócica conjugada de 7-11 serotipos, en lugar de no haberla recibido.								
De cada 100 personas de 77 años de edad que viven en la comunidad, a cuántos les evitamos una fractura de cadera tratándolos 3,5 años con Vitamina D en lugar de no tratarlos.								
De cada 100 niños de 0-4 años de edad, a cuántos les evitamos una hospitalización por varicela 1 año después de haber recibido la vacuna de varicela en lugar de no haberla recibido.								
Datos sociodemográficos (por favor, señale con una "X")								
Franja de edad (en años)	20-30	31-40	41-50	51-60	Más de 60	Mujer		Varón
	Médecina	Enfermería	Farmacía	Psicología	Otras			
Profesión sanitaria								
Estatus profesional en este momento	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	En ejercicio	Otras	
	Clinica de Atenc Primaria	Clinica en Hospital	Quirúrgica	Administrativa	Otras	Tutor actual de residentes		
Área Clínica								

Cuadro 3: Beneficios promedios respaldados por las evidencias aportadas

ENCUESTA ANÓNIMA Y VOLUNTARIA								
Definimos BENEFICIO a la diferencia entre los eventos de cada 100 personas que NO reciben la intervención respecto a los eventos de cada 100 que SÍ la reciben. Por ejemplo, si de cada 100 personas que NO reciben la intervención hay 60 que mueren, y de cada 100 que SÍ reciben la intervención hay 40 que mueren, el BENEFICIO es 60 – 40 = 20 personas de cada 100.								
Se le pide, por favor, que señale la casilla que contenga la magnitud de BENEFICIO que usted estima en la línea de cada intervención en prevención primaria .								
Intervención	0	de 0 a 1	de 1 a 5	de 5 a 10	de 10 a 20	de 20 a 30	de 30 a 40	de 40 a 100
De cada 100 mujeres de 45 a 59 años que participan en los programa de detección precoz de Cáncer de mama, a cuántas les evitamos una muerte por cualquier causa en 13 años de seguimiento frente a las que no participan en estos programas. [Beneficio 0/100, Ref. 32]	Beneficio 0/100 (Ref 32)							
De cada 100 pacientes con fibrilación auricular no valvular, a cuántos les evitamos un ACV tratándolos 1 año con warfarina en lugar de no tratarlos. [Beneficio 3/100, Ref. 33]			Beneficio 3/100 (Ref 33)					
De cada 100 pacientes con Col total 215 y Col LDL 137 mg/dl, a cuántos les evitamos la Muerte por causa cardiovascular, tratándolos 4 años con estatinas en lugar de no tratarlos. [Beneficio 0,10/100, Ref. 34]			Beneficio 0,19/100 (Ref 34)					
De cada 100 personas que participan en los programa de detección precoz de Cáncer colorrectal, a cuántos les evitamos la muerte por cáncer colorrectal en 15 años de seguimiento frente a los que no participan en estos programas. [Beneficio 0,135/100, Ref. 35]			Beneficio 0,135/100 (Ref 35)					
De cada 100 personas que participan en los programa de detección precoz de Cáncer colorrectal, a cuántos les evitamos la mortalidad total (por cualquier causa) en 15 años de seguimiento frente a los que no participan en estos programas. [Beneficio 0/100, Ref. 35]	Beneficio 0/100 (Ref 35)							
De cada 100 niños de 0-2 años de edad, a cuántos les evitamos una [Enfermedad neumocócica invasiva o Neumonía] 2 años después de haber recibido las correspondientes dosis de vacuna neumocócica conjugada de 7-11 serotipos, en lugar de no haberla recibido. [Beneficio 0,13+033/100, Ref. 36]			Beneficio 0,16 + 0,33/100 (Ref 36)					
De cada 100 personas de 77 años de edad que viven en la comunidad, a cuántos les evitamos una fractura de cadera tratándolos 3,5 años con Vitamina D en lugar de no tratarlos. [Beneficio 0/100, Ref. 37]	Beneficio 0/100 (Ref 37)							
De cada 100 niños de 0-4 años de edad, a cuántos les evitamos una hospitalización por varicela 1 año después de haber recibido la vacuna de varicela en lugar de no haberla recibido. [Beneficio 0/100, Ref. 38]	Beneficio 0/100 (Ref 38)							

Tabla 1: Frecuencias de respuestas de la COHORTE COMPLETA										
Se le pide, por favor, que señale la casilla que contenga la magnitud de BENEFICIO que usted estima en la línea de cada intervención en prevención primaria.										
Intervención	Nº respuestas y %/total	0	de 0 a 1	de 1 a 5	de 5 a 10	de 10 a 20	de 20 a 30	de 30 a 40	de 40 a 100	Totales
De cada 100 mujeres de 45 a 59 años que participan en los programa de detección precoz de Cáncer de mama, a cuántas les evitamos una muerte por cualquier causa en 13 años de seguimiento frente a las que no participan en estos programas. [Beneficio 0/100, Ref. 32]	Nº respuestas a cada opción	16	55	117	97	99	103	104	107	698
	% resp / total participantes	2,3%	7,9%	16,8%	13,9%	14,2%	14,8%	14,9%	15,3%	100%
De cada 100 pacientes con fibrilación auricular no valvular, a cuántos les evitamos un ACV tratándolos 1 año con warfarina en lugar de no tratarlos. [Beneficio 3/100, Ref. 33]	Nº respuestas a cada opción	1	6	59	85	119	112	150	165	697
	% resp / total participantes	0,1%	0,9%	8,5%	12,2%	17,1%	16,1%	21,5%	23,7%	100%
De cada 100 pacientes con Col total 215 y Col LDL 137 mg/dl, a cuántos les evitamos la Muerte por causa cardiovascular, tratándolos 4 años con estatinas en lugar de no tratarlos. [Beneficio 0,10/100, Ref. 34]	Nº respuestas a cada opción	59	118	125	89	84	92	73	56	696
	% resp / total participantes	8,5%	17,0%	18,0%	12,8%	12,1%	13,2%	10,5%	8,0%	100%
De cada 100 personas que participan en los programa de detección precoz de Cáncer colorrectal, a cuántos les evitamos la muerte por cáncer colorrectal en 15 años de seguimiento frente a los que no participan en estos programas. [Beneficio 0,135/100, Ref. 35]	Nº respuestas a cada opción	3	25	101	105	105	96	131	131	697
	% resp / total participantes	0,4%	3,6%	14,5%	15,1%	15,1%	13,8%	18,8%	18,8%	100%
De cada 100 personas que participan en los programa de detección precoz de Cáncer colorrectal, a cuántos les evitamos la mortalidad total (por cualquier causa) en 15 años de seguimiento frente a los que no participan en estos programas. [Beneficio 0/100, Ref. 35]	Nº respuestas a cada opción	19	57	130	129	109	89	88	75	696
	% resp / total participantes	2,3%	7,9%	16,8%	13,9%	14,2%	14,8%	14,9%	15,3%	100,0%
De cada 100 niños de 0-2 años de edad, a cuántos les evitamos una [Enfermedad neumocócica invasiva o Neumonía] 2 años después de haber recibido las correspondientes dosis de vacuna neumocócica conjugada de 7-11 serotipos, en lugar de no haberla recibido. [Beneficio 0,13+033/100, Ref. 36]	Nº respuestas a cada opción	8	71	100	67	63	83	94	208	694
	% resp / total participantes	1,2%	10,2%	14,4%	9,7%	9,1%	12,0%	13,5%	30,0%	100%
De cada 100 personas de 77 años de edad que viven en la comunidad, a cuántos les evitamos una fractura de cadera tratándolos 3,5 años con Vitamina D en lugar de no tratarlos. [Beneficio 0/100, Ref. 37]	Nº respuestas a cada opción	55	142	157	106	86	53	74	24	697
	% resp / total participantes	7,9%	20,4%	22,5%	15,2%	12,3%	7,6%	10,6%	3,4%	100%
De cada 100 niños de 0-4 años de edad, a cuántos les evitamos una hospitalización por varicela 1 año después de haber recibido la vacuna de varicela en lugar de no haberla recibido. [Beneficio 0/100, Ref. 38]	Nº respuestas a cada opción	12	119	117	57	40	41	76	233	695
	% resp / total participantes	1,7%	17,1%	16,8%	8,2%	5,8%	5,9%	10,9%	33,5%	100%

Gráficos 1a-8a (SG Méd tutores, no tutores, y MIR): Respuestas en las expectativas de beneficios en cada una de las 8 intervenciones preventivas. Los promedios de beneficio respaldados por las evidencias aportadas son las que se enmarcan con un cuadro de borde verde



Gráficos 1b-8b (SG Enferm tutores, no tutores, y EIR): Respuestas en las expectativas de beneficios en cada una de las 8 intervenciones preventivas. Los promedios de beneficio respaldados por las evidencias aportadas son las que se enmarcan con un cuadro de borde verde claro.

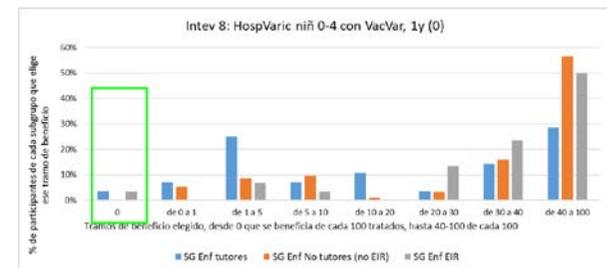
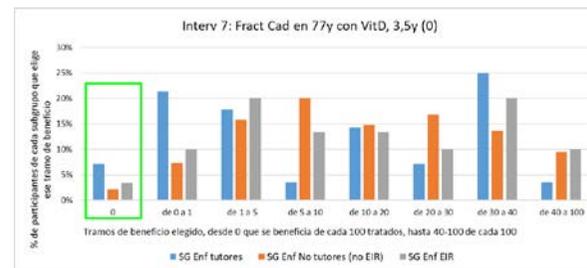
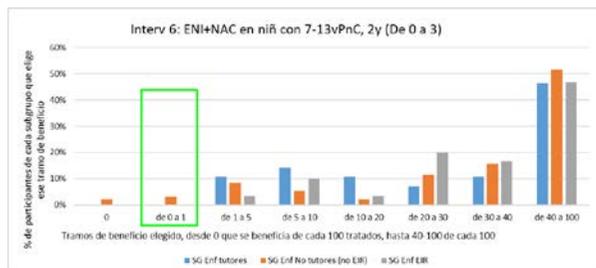
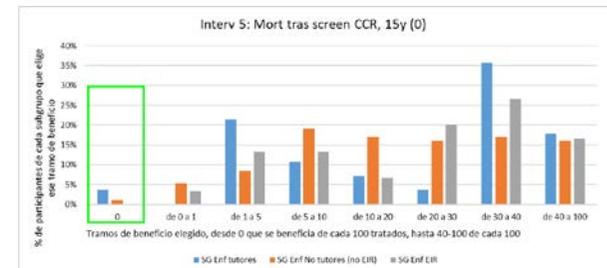
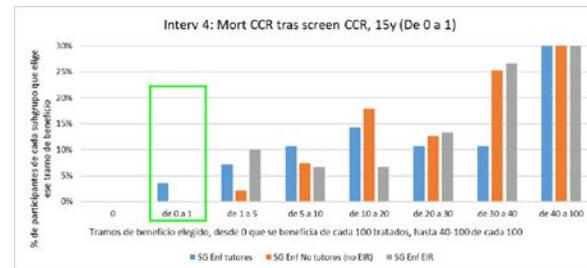
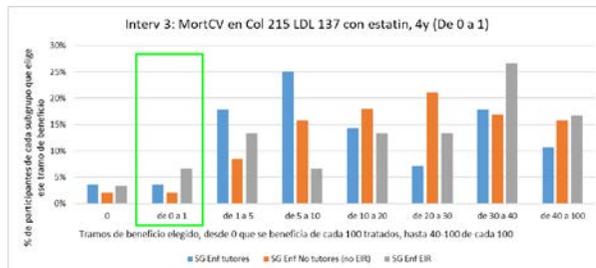
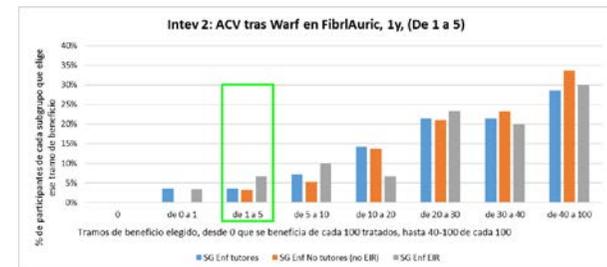
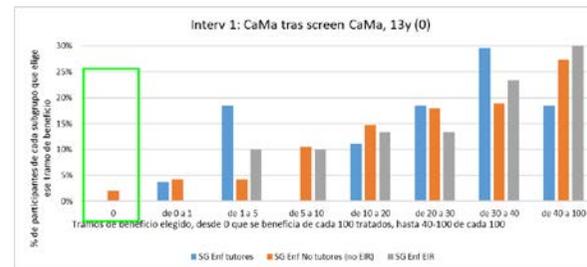


Gráfico 2: Alejamiento ponderado de la evidencia/ evidencia, por Subgrupos

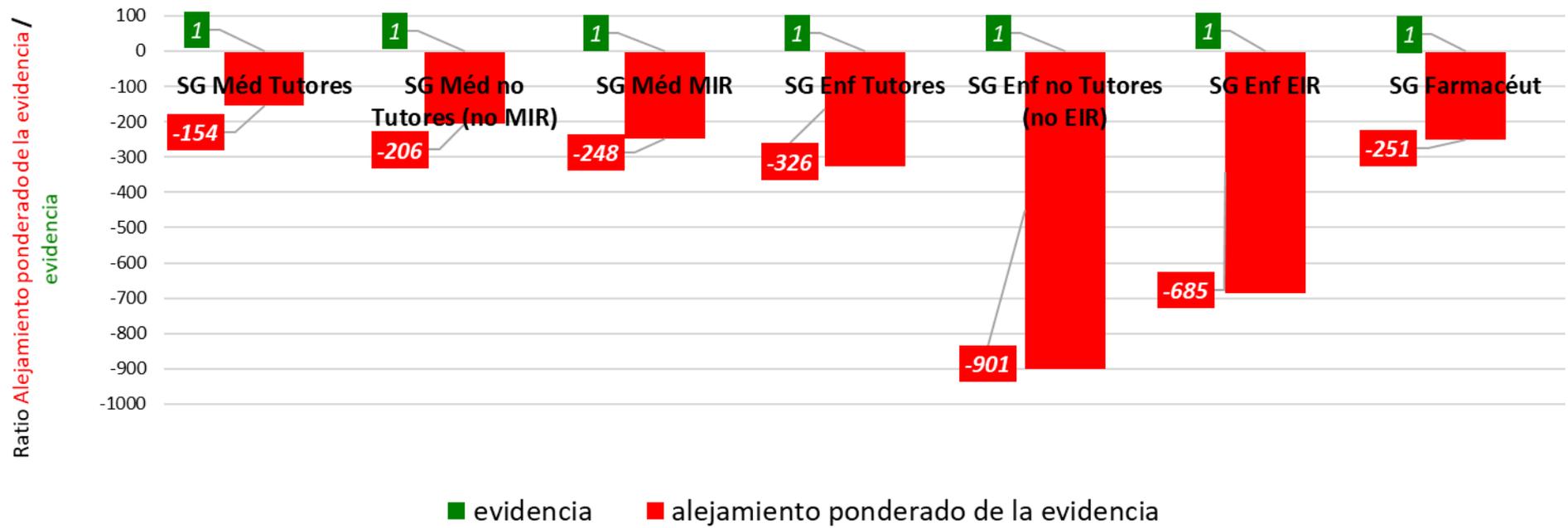


Gráfico 3: Alejamiento ponderado de la evidencia/ evidencia, por numeración de las 8 intervenciones

